

**BOSCH****BKK**

Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung – Freiwillige Mitgliedschaft

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Geburtsname	Geschlecht	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Familienstand	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsangehörigkeit
Telefonnummer/Mobil ¹	E-Mail ¹	
Name der Bank/BIC ²	IBAN ²	
Rentenversicherungsnummer ³	einheitliche Versichertennummer ⁴	

Versicherungsverhältnis

Zuletzt war ich versichert von	bis	bei (Name der Krankenkasse)		
Ich war zuletzt	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
Die Mitgliedschaft wird beantragt zum	Krankenkasse während der letzten 18 Monate			
Grund der freiwilligen Versicherung				
<input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Kassenwechsel	<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland		
<input type="checkbox"/> Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze	<input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht	<input type="checkbox"/> Antragsteller ist Schwerbehinderter		
Besteht Anspruch auf Beihilfe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bei hauptberuflich Selbständigen besteht die Wahl zwischen	<input type="checkbox"/> Versicherung mit Krankengeld	<input type="checkbox"/> Versicherung ohne Krankengeld	

Bild für die elektronische Gesundheitskarte

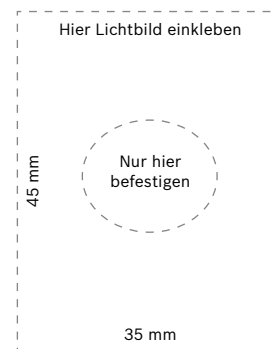
Das Bild für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

liegt der Bosch BKK vor habe ich im Internet hochgeladen reiche ich nach

Im Internet unter www.Bosch-BKK.de/eGK stehen Ihnen weitere Möglichkeiten zur Verfügung: Sie können dort digitale Bilder hochladen oder per Webcam selbst aufnehmen und direkt an uns übermitteln.
Das Foto für die eGK ist für alle Versicherten verpflichtend. Kinder unter 15 Jahren brauchen kein Bild einzureichen. Wenn Sie schon einmal ein Bild eingereicht haben, ist das Bild noch gespeichert. In diesem Fall ist es nicht erforderlich, ein weiteres Bild einzureichen.

Mitversichernde Angehörige

Ich habe Angehörige, die im Rahmen der kostenfreien Familienversicherung mitversichert werden sollen. Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.



Von Schwerbehinderten auszufüllen, wenn der Antrag aufgrund dieser Schwerbehinderung gestellt wird

Ab wann besteht die Schwerbehinderung?	Ab wann ist die Schwerbehinderung anerkannt?	Grad der Erwerbsminderung? (Angabe in Prozent)
Datum des Feststellungsbescheides/Ausweises	Ort des Versorgungsamtes	

Schwerbehinderte Menschen können der Bosch BKK freiwillig beitreten, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehepartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren. Zur Überprüfung der Beitrittsvoraussetzungen geben Sie uns bitte Ihre Versicherungszeiten innerhalb der letzten fünf Jahre auf einem separaten Blatt an.

¹ Mit diesen freiwilligen Angaben helfen Sie uns bei Nachfragen.

² Angaben freiwillig

³ Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben.

⁴ Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

Einkommensangaben zur Beitragsberechnung (in Euro)

Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit <small>(nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	jährlich	Versicherter	Ehepartner
Wöchentliche Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> weniger als 20 Stunden	<input type="checkbox"/> 20 bis 30 Stunden	<input type="checkbox"/> mehr als 30 Stunden	
Beschäftigen Sie Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl:	Arbeitnehmer im Minijob	sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer
Existenzgründerzuschuss der Arbeitsagentur	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<small>(bitte Bescheid beilegen)</small>	
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung <small>(Bruttolohn/-gehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Einmalzahlungen aus Arbeitsentgelt <small>(Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	jährlich	Versicherter	Ehepartner
Abfindung bei Ausscheiden aus der Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Rente aus der deutschen Sozialversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Rente aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Versorgungsbezüge bzw. rentenähnliche Einnahmen <small>(Renten aus der betrieblichen Altersversorgung, Pensionen u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Einmalzahlungen aus Versorgungsbezügen <small>(Weihnachtsgeld u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	jährlich	Versicherter	Ehepartner
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Hilfe zum Lebensunterhalt <small>(z. B. Unterhalt ohne Kinderunterhalt bzw. Kindergeld + ohne Wohngeld)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt <small>(ohne Kinder- und Wohngeld)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter	Ehepartner

Ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch

Die Einkommensangaben zu Ihrem Ehepartner sind notwendig, sofern dieser nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

Wie ist Ihr Ehepartner krankenversichert? gesetzlich privat | Krankenkasse des Ehepartners

Zahlungsweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

<input type="checkbox"/> Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	<input type="checkbox"/> Die Beiträge werden überwiesen.
BIC	IBAN
Name der Bank/Kreditinstitut	Name des Kontoinhabers

Unterschrift

Einzugsermächtigung/Basislastschriftmandat (SEPA)

Ich ermächtige die Bosch BKK, Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften der Bosch BKK einzulösen. Diese Lastschrift erlischt bei Rückbelastung durch das Kreditinstitut. Mir ist bekannt, dass ich die der Bosch BKK durch die Rückbelastung entstehenden Kosten und Gebühren zu tragen habe. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Willenserklärung zum Antrag

Ich erkläre, dass ich alle Fragen (Vorder- und Rückseite) vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen. Die Kündigungsbestätigung meiner Kasse lege ich bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes